

Formulario de remisión para examen de la vista

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah de conformidad con la norma UCA 53G-9-404

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:
Nombre de la escuela:	Dirección:	
Teléfono:	Fax:	
Nombre del padre, madre o tutor:	Teléfono/correo electrónico del padre, madre o tutor:	
Contacto de la escuela:	Teléfono/correo electrónico:	

Fecha de la remisión: _____

Resultados de la evaluación preliminar de la vista en la escuela: Una evaluación preliminar no sustituye un examen ocular completo ni una evaluación de la vista realizada por un médico de la vista

Componente evaluado	Paso	Remitir	No evaluado	Valores o notas de la evaluación
Agudeza visual de lejos:	☐	☐	☐	Sin corregir: Ojo derecho: 20/____ Ojo izquierdo: 20/____
Diferencia de agudeza visual de dos líneas:	☐	☐	☐	Remitir si la diferencia entre ambos ojos es ≥ 2 líneas (p. ej., 20/20 vs. 20/32)
Agudeza visual de cerca	☐	☐	☐	Sin corregir: Binocular: 20/____
Rastreo visual:	☐	☐	☐	☐ Fluido y constante ☐ Entrecortado / irregular
Convergencia	☐	☐	☐	☐ Alineación normal ☐ Pierde el enfoque a ≥ 4 pulgadas de la nariz
Visión del color	☐	☐	☐	Evaluación informativa solo para adaptaciones en el salón de clases

*Límites de distancia en Utah: 3 años (20/50) | 4 años (20/40) | 5 años o más (20/32)

Motivo(s) de esta remisión:

- ☐ No pasó la prueba de agudeza visual (de lejos / de cerca)
- ☐ Convergencia, rastreo o anomalía ocular visible fácilmente reconocible (como estrabismo, ptosis)
- ☐ Diagnóstico conocido de trastorno del neurodesarrollo (como deficiencia auditiva, discapacidad cognitiva, trastorno del espectro autista, retraso en el habla)
- ☐ Enfermedad sistémica con trastorno ocular asociado conocido (como diabetes)
- ☐ Antecedentes familiares de problemas de la vista
- ☐ Remisión a educación especial / evaluación de lectura por debajo del nivel de referencia
- ☐ Otro (especifique): _____

Consentimiento y autorización para la divulgación de información: Mediante mi firma a continuación, autorizo a: (1) el profesional de la salud visual de mi estudiante a enviar los resultados del examen a la escuela, (2) la persona de contacto designada para la salud visual (DVPP) y al profesional de la salud visual a hablar sobre los resultados del examen de la vista, y (3) la persona de contacto designada para la salud visual a notificar a la escuela sobre cualquier problema específico de la vista y las recomendaciones relacionadas con las necesidades visuales específicas de mi estudiante. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad para obtener un examen de la vista para mi estudiante.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Resultados del examen ocular completo

Para ser completado por el profesional de la salud visual de conformidad con la norma UCA 53G-9-404

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:
Padre, madre o tutor:	Teléfono/correo electrónico:	
Fecha del examen por el profesional de la vista:	Nombre de la clínica:	

1. Resultados de agudeza visual

- Agudeza de lejos SIN corrección: Ojo derecho: 20/____ Ojo izquierdo: 20/____
- Agudeza de lejos CON corrección: Ojo derecho: 20/____ Ojo izquierdo: 20/____
- Agudeza de cerca SIN corrección: Ojo derecho: 20/____ Ojo izquierdo: 20/____
- Agudeza de cerca CON corrección: Ojo derecho: 20/____ Ojo izquierdo: 20/____

2. Visión binocular y salud ocular

- Convergencia: ☐ Aprobado / Normal ☐ Se observó anomalía ☐ No evaluado
- Rastreo / Motilidad ocular: ☐ Aprobado / Normal ☐ Se observó anomalía ☐ No evaluado
- Salud ocular interna/externa: ☐ Aprobado / Normal ☐ Se observó anomalía: _____

3. Diagnóstico y recomendaciones de tratamiento

- ☐ No se identificaron problemas de visión funcional ni de salud ocular en el examen.
- ☐ Diagnóstico o sospecha de ambliopía
- ☐ Se recomienda tratamiento: ☐ Lentes recetados ☐ Lentes de contacto recetados ☐ Terapia con parche Otro tratamiento / diagnóstico (especifique): _____

Recomendaciones sobre el uso de lentes correctivos para la escuela:

- ☐ Uso constante (Usarse en todo momento durante la jornada escolar)
- ☐ Solo para trabajo de cerca (Lectura, escritura en el aula, actividades en el escritorio, uso de computadora/tableta)
- ☐ Solo para trabajo de lejos (Ver el pizarrón, asambleas, actividades deportivas)
- ☐ Retirar para educación física o deportes (Precauciones por seguridad o riesgo de contacto)

4. Recomendaciones escolares

- ☐ Asiento preferencial en el salón de clases (ej., ubicación cerca del pizarrón de instrucción al frente)
- ☐ Materiales con letra grande o superficies de texto de lectura de alto contraste
- ☐ Descansos visuales estructurados durante trabajos prolongados de cerca o frente a pantallas
- ☐ Se requieren adaptaciones para la visión del color
- ☐ Existe una discapacidad visual significativa: Recomendando la remisión para una evaluación de la visión funcional por parte de un maestro de estudiantes con discapacidad visual, ya sea a través de la agencia de educación local o de las Escuelas para Sordos y Ciegos de Utah.

5. Notas o recomendaciones adicionales: _____

Fecha recomendada para la próxima visita / reevaluación: _____

Información de contacto y firma del profesional de la salud visual

Nombre del proveedor:	Título/Acreditación:		
Dirección de la clínica:			
Teléfono:	Fax:		
Firma del proveedor:			Fecha:

Al padre/tutor de:

Grado: | **Fecha de nacimiento:**

Estimado padre, madre o tutor,

A su estudiante se le realizó recientemente una evaluación preliminar de la vista (tamizaje visual) en la escuela. Su estudiante no pasó una o más partes de la evaluación, o el personal de salud escolar identificó otra razón por la cual debe realizarse un examen ocular completo.

Tener una visión clara es fundamental para el aprendizaje. Ayuda a los estudiantes a leer, escribir, ver los materiales del salón de clases y participar en las actividades escolares. Las escuelas evalúan de manera rutinaria a los estudiantes para detectar posibles problemas de la vista, de conformidad con la ley de Utah, UCA 53G-9-404.

Nota importante sobre la evaluación de la vista: Una evaluación preliminar de la vista en la escuela no es un diagnóstico. Ayuda a identificar a los estudiantes que podrían necesitar un examen ocular completo realizado por un profesional de la salud visual. La evaluación de la vista es una herramienta rápida que se utiliza para identificar a los niños que podrían estar en riesgo de tener problemas de la vista. Una evaluación preliminar no sustituye un examen ocular completo ni una evaluación de la vista realizada por un médico de la vista.

Siguientes pasos necesarios

1. **Programa un examen de la vista:** Por favor, programe un examen ocular completo con un profesional de la salud visual, como un optometrista u oftalmólogo, lo antes posible. Si su estudiante tiene un problema de la vista, un tratamiento oportuno puede ayudar a proteger su visión y apoyar su aprendizaje.
2. **Lleve este formulario:** Por favor, lleve el formulario adjunto de remisión para examen de la vista a la cita de su estudiante y pídale al profesional de la salud visual que complete la sección “Resultados del examen ocular completo”.
3. **Devuelva el formulario completado:** Después del examen, devuelva a la escuela la página completada con los resultados del examen de la vista, o pídale al profesional de la salud visual que envíe los resultados por correo o por fax a la escuela.

Búsqueda de un proveedor y recursos de asistencia financiera

Si cuenta con seguro médico o de la vista, comuníquese con el servicio de atención a miembros de su plan (como Medicaid, CHIP, VSP o EyeMed) para ubicar a un médico dentro de la red. Si no tiene seguro, podría calificar para recibir asistencia financiera. Entre los programas que ofrecen exámenes de la vista y lentes a bajo costo o gratuitos para estudiantes que califiquen se encuentran EyeCare4Kids (800-859-3249), Friends for Sight (801-524-2020), John A. Moran Eye Center (801-587-6303), Rocky Mountain University Eye Institute (385-248-5550) y la Utah Optometric Association (801-364-9103).

Atentamente,

Contacto de salud escolar/ persona de contacto designada para la salud visual (DVPP)

Teléfono: | Correo electrónico: